



SECTEUR ENFANCE JEUNESSE

DOSSIER D'INSCRIPTION

☐ 2024-2025 ☐ 2025-2026 ☐ 2026-2027



ENFANT

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Photo

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

Assureur :

Numéro :

ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

Établissement scolaire :

Classe :

DOCUMENTS À FOURNIR

- Règlement intérieur signé
- Justificatif de domicile
- Attestation CAF/MSA
- Attestation d'assurance scolaire
- Photo récente

RESPONSABLE 1

Nom :

Prénom :

Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Vie maritale / Pacsé

Date de naissance :

Type : Père / Mère / Autre (précisez)

Adresse :

Email :

Tél. portable :

Tél. pro :

Profession :

Nom et adresse employeur :

RESPONSABLE 2

Nom :

Prénom :

Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Vie maritale / Pacsé

Date de naissance :

Type : Père / Mère / Autre (précisez)

Adresse :

Email :

Tél. portable :

Tél. pro :

Profession :

Nom et adresse employeur :

☐ Régime général (CAF)

☐ Hors régime (MSA, maritime, autre) :

N° allocataire :

PERSONNES À CONTACTER (AUTRES QUE LES RESPONSABLES LÉGAUX)

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Téléphone :

Appel en cas d'urgence : Oui / Non

Autorisé à récupérer l'enfant : Oui / Non

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Téléphone :

Appel en cas d'urgence : Oui / Non

Autorisé à récupérer l'enfant : Oui / Non

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Téléphone :

Appel en cas d'urgence : Oui / Non

Autorisé à récupérer l'enfant : Oui / Non

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Téléphone :

Appel en cas d'urgence : Oui / Non

Autorisé à récupérer l'enfant : Oui / Non

AUTORISATIONS

Partir seul : ☐ Oui ☐ Non

Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (à joindre avec cette fiche).

Prise de photo : ☐ Oui ☐ Non

Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée, à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans la structure.

Sport : ☐ Oui ☐ Non

Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.

Hospitalisation : ☐ Oui ☐ Non

Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

APPAREILLAGE

Lunettes : ☐ Oui ☐ Non

Appareil dentaire : ☐ Oui ☐ Non

Appareil auditif : ☐ Oui ☐ Non

DONNÉES COMPLÉMENTAIRES

Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?

☐ Oui

☐ Non

Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi éducatif (éducateur...) ?

☐ Oui

☐ Non

Votre enfant dispose-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, joindre une copie.

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

☐ Sans porc ☐ Sans viande ☐ Autre :

DONNÉES MÉDICALES

Votre enfant suit-il un traitement ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?

☐ Oui

☐ Non

Votre enfant a-t-il déjà eu l'une des maladies suivantes ?

☐ Rubéole ☐ Varicelle ☐ Angine ☐ Rhumatisme articulaire aigu ☐ Scarlatine
☐ Coqueluche ☐ Otite ☐ Rougeole ☐ Oreillons

Votre enfant a-t-il des allergies :

☐ Médicamenteuses ☐ Alimentaires ☐ Asthme ☐ Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Recommandations supplémentaires (maladie, hospitalisation, opération, crises convulsives, soucis d'énurésie, terreurs nocturnes, angoisses...) :

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :

OBLIGATOIRES	Diphtérie	☐ Oui	☐ Non	Date du rappel :
	Tétanos	☐ Oui	☐ Non	Date du rappel :
	Poliomyélite	☐ Oui	☐ Non	Date du rappel :
FACULTATIFS	Coqueluche	☐ Oui	☐ Non	Date :
	Haemophilus	☐ Oui	☐ Non	Date :
	Rubéole-Oreillons-Rougeole	☐ Oui	☐ Non	Date :
	Hépatite B	☐ Oui	☐ Non	Date :
	Pneumocoque	☐ Oui	☐ Non	Date :
	BCG	☐ Oui	☐ Non	Date :
	Autres (précisez) :	☐ Oui	☐ Non	Date :

ATTESTATION

Je soussigné(e), responsable légal de
certifie :

- ☐ L'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche,
- ☐ M'engager à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- ☐ Avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et en accepter les modalités,
- ☐ Autoriser le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant mon enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- ☐ Autoriser le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à, le
Monsieur ou Madame

Signature précédée de la
mention "Lu et approuvé"